

## **Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumor-Zentren**

19.03.2018, Geschäftsstelle der DKG, Berlin

**Vorsitz:** Prof. H. Iro, Prof. M. Ehrenfeld

### **TOP 1 Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung**

### **TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems**

Der aktuelle Stand des Zertifizierungssystems wird berichtet. Ende 2017 gab es 49 zertifizierte Zentren an 51 Standorten, davon fünf Standorte im Ausland. Alle Kopf-Hals-Tumor-Zentren sind in ein Onkologisches Zentrum integriert; eigenständig zertifizierte Zentren bestehen bislang nicht (siehe auch TOP 5)..

### **TOP 3 Vorstellung der Kennzahlauswertung (Jahresbericht) der Kopf-Hals-Tumor-Zentren**

Die Ergebnisse der Basisdaten und KeZa aus dem Auditjahr 2017 werden berichtet. Der [Jahresbericht](#) ist auf den Seiten der Krebsgesellschaft und OnkoZert veröffentlicht.

Im Besonderen:

#### *KeZa 6: Revisionsoperationen*

Die Kommission diskutiert anhand der Kennzahlauswertung, inwiefern die Qualität der operativen Versorgung in den Zentren durch die KeZa aussagekräftig dargestellt wird. Die KeZa berücksichtigt nicht dezidiert, dass komplikationsreiche operative Eingriffe wie zB mikrochirurgische Lappenplastiken, mit einem erhöhten Revisionsrisiko einhergehen (siehe auch TOP 4).

#### *KeZa 12: Neck-Dissection bei Mundhöhlenkarzinom*

Diskussion darüber, dass es auch Patienten mit cN0-Status bei Mundhöhlen-Ca. gibt, bei denen eine Neck Dissection nicht zwingend indiziert ist. Es erfolgt eine Eingabe an die Leitlinien-Kommission, da die KeZa ein QI der LL ist.

### **TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungs- und Kennzahlenbogen (**

Während der Sitzung wurden die im Vorfeld versendeten EB und das Datenblatt besprochen und konsentiert. Die Ergebnisse der Sitzung sind in dem Erhebungsbogen grün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Kopf-Hals-Tumor-Zentren:

#### *1.4.2. Psychoonkologie - Ressourcen*

Nach den Auswertungen des Jahresberichts fanden im Median 53 psychoonkologische Betreuungsgespräche bei 173 Patienten in den Zentren statt. Unter Berücksichtigung einer Publikation zu den psychoonkologischen Personalressourcen<sup>1</sup>, die zu dem Ergebnis kam, dass 393 Krebspatienten durch eine Vollzeitstelle psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgt werden konnten, erscheint der Kommission die aktuell im EB hinterlegte Forderung von 0,5 VK für 150 Fälle (Gesamtfallzahl) für zu hoch angesetzt. Daher Anpassung der Anforderung in: Mind. 1 VK steht pro 400 beratene Patienten zur Verfügung.

#### *1.5.2. Sozialarbeit und Rehabilitation: Sozialdienst-Ressourcen*

Die Eingabe aus der Sitzung der Sprecher 2017 wird angenommen.

---

<sup>1</sup> Jung S, Wiedemann R, Höhl H, Kusche M, Singer S: Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. Psychother Psych Med 2014; 64:54-62.

#### *1.7.4 Studienmanagement: Anteil Studienpatienten*

Die Kommission diskutiert, wie die Rate der in Studien eingeschlossenen Patienten erhöht werden kann. Nach den Auswertungen im Jahresbericht beklagten Zentren mit niedrigen Studieneinschlussquoten vor allem das geringe Studienangebot. Aufnahme eines Verweises im EB zur Webseite der IAG-KHT, da dort Informationen über aktuelle Studienprojekte zu Kopf-Hals-Tumoren zusammengetragen werden.

#### *1.9.4 Allgemeine Versorgungsbereiche: Aufgaben Logopädie*

Die bisher im EB definierte Aufgabe der Logopädie „Pflegerische Betreuung des Tracheostomas“ wird in „Versorgung Tracheostoma“ umbenannt, da die (wund)pflegerische Betreuung des Tracheostomas nicht in das Aufgabengebiet der Logopädie fällt.

#### *1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche: Zusammenarbeit supportive Bereiche*

Entsprechend der neuen S3-LL Larynxkarzinom Aufnahme einer Vorgabe für die Zusammenarbeit der supportiven Versorgungsbereiche (Phoniatrie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychoonkologie und Rehabilitation) für die Patienten mit Larynxkarzinomen.

#### *2.1.5. Organspezifische Therapie: Sprechstunde / Qualitätsbestimmende Prozesse*

Die Kommission folgt der Eingabe eines Fachexperten, dass die Panendoskopie bei allen Plattenepithelkarzinomen des oberen Aero-Digestivtraktes erforderlich ist.

#### *10.2. Tumordokumentationssystem*

Eingabe der ADT zur Konkretisierung der Anforderungen an die Tumordokumentation wird angenommen.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Pathologie:

#### *8.11. Pathologieberichte: Kopf-Hals-Tumore*

Eingabe aus der S3-LL Larynxkarzinom wird nicht angenommen, da die Sicherheitsabstände zu den Resektionsrändern bereits an anderer Stelle im EB als zwingender Bestandteil des Pathologieberichts gefordert werden.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des EB Strahlentherapie:

#### *7.10. Bestrahlungstechniken*

Zunächst keine Aufnahme neuer Anforderungen. Die DEGRO wird im Nachgang zur Sitzung prüfen, ob Vorgaben zu Bestrahlungsvolumina gemäß den strahlentherapeutischen Empfehlungen der S3-LL Larynxkarzinom aufgenommen werden sollten.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten des Datenblatts:

#### *KeZa 2 Prätherapeutische Tumorkonferenz*

Die Kommission folgt der Eingabe eines Zentrums nicht, die Primärfälle mit einem Carcinoma in situ aus dem Nenner der KeZa auszuschließen, da Cis-Tumoren nur einen sehr kleinen Anteil der Primärfälle in den Zentren ausmachen und von der Vorstellung in einer Tumorkonferenz profitieren können.

#### *KeZa 6 Revisionsoperationen*

Anhebung der Sollvorgabe für die Rate an Revisionsoperationen auf  $\leq 15\%$  (siehe TOP 3). Die Kommission beschließt die Erfassung und Analyse der operativen Versorgungssituation in den Kopf-Hals-Tumor-Zentren zusammen mit der IAG-KHT im Kontext einer gemeinsamen wissenschaftlichen Erhebung.

*KeZa 7 Ausschluss Zweittumoren bei Mundhöhlenkarzinom*

Einführung einer Sollvorgabe ( $\geq 90\%$ ). Zur einheitlichen Erfassung der KeZa Erweiterung der Zählerdefinition: die Ausschlussdiagnostik ist mittels Panendoskopie durchzuführen.

*KeZa 8 Bildgebung bei Mundhöhlenkarzinom für Feststellung N-Kategorie*

Einführung einer Sollvorgabe ( $\geq 90\%$ ). Diskussion der Eingabe eines Zentrums, ob zur Feststellung der N-Kategorie eine Sonographie anstelle einer CT oder MRT durchgeführt werden kann. Gemäß S3-LL Mundhöhlenkarzinom ist CT oder MRT für die Lymphknotendiagnostik zu fordern, und die alleinige Sonographie nicht ausreichend (Aufnahme FAQ). Die in der LL zitierte Datenlage ist jedoch kontrovers, so dass der Stellenwert der Sonographie in der LL-Gruppe erneut diskutiert werden sollte - es erfolgt eine entsprechende Eingabe.

*KeZa 9 Thorax-CT zum Ausschluss pulmonaler Filiae bei Mundhöhlenkarzinom*

Einführung einer Sollvorgabe ( $\geq 90\%$ ).

*KeZa 10 Histologischer Befund bei Mundhöhlenkarzinom*

Einführung einer Sollvorgabe ( $\geq 90\%$ ). Zusätzlich zu den im Zähler geforderten Angaben ist auch die Angabe des Sicherheitsabstandes für einen vollständigen Befundbericht erforderlich. Da diese KeZa ein QI der LL ist, erfolgt eine Eingabe an die Leitlinien-Kommission.

*KeZa 11 Vorstellung Tumorkonferenz Mundhöhlenkarzinom*

Streichung der KeZa, da die Erfassung der in der Tumorkonferenz vorgestellten Patienten bereits über die KeZa 2 erfolgt.

*KeZa 13 Strahlentherapie bei Mundhöhlenkarzinom*

Von einer nicht-unterbrochenen Strahlentherapie gemäß der Definition des Zählers der KeZa ist auszugehen, wenn die tatsächliche Bestrahlungsdauer die geplante Bestrahlungsdauer um nicht mehr als fünf Werktage überschreitet (Aufnahme FAQ Als Hilfestellung für die Zentren).

*KeZa 15 Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- o. Radiochemotherapie*

Einführung einer Sollvorgabe ( $\geq 95\%$ ).

*Neue KeZa: Qualitätsindikatoren der LL Larynxkarzinom*

Aufnahme der QI der S3-LL Larynxkarzinome als neue KeZa. Ausgenommen hiervon ist der QI zur prätherapeutischen Fallvorstellung der Larynxkarzinompatienten in der Tumorkonferenz, da diese Information bereits über die KeZa 2 erhoben wird.

## **TOP 5 Verschiedenes**

### **Wahl Sprecher**

Die Kommission wählt einstimmig Prof. Ehrenfeld zum Sprecher und Prof. Iro zum stellvertretenden Sprecher der Zertifizierungskommission Kopf-Hals-Tumor-Zentren.

### **Eigenständigkeit Kopf-Hals-Tumor-Zentren**

Mit Beschluss des DKG-Vorstandes im Dezember 2016 besteht die Möglichkeit, Kopf-Hals-Tumorzentren eigenständig, also unabhängig von einem Onkologischen Zentrum zu zertifizieren. Voraussetzung für die Zertifizierung als eigenständiges Kopf-Hals-Tumorzentrum ist,

- dass durch Zertifikatsverlust des Onkologischen Zentrums ein bereits zertifiziertes Kopf-Hals-Tumorzentrum andernfalls seinen Status verlieren würde (Bestandsschutz) oder

- dass ein Organkrebszentrum vor Ort besteht und als Kooperationspartner mit dem neu initiierten Kopf-Hals-Tumorzentrum zusammen die Querschnittsbereiche eines Onkologischen Zentrums abbildet.
- Zudem ist erforderlich, dass eine bettenführende Abteilung der Hämato-Onkologie mit Expertise in der Systemtherapie vorgehalten wird und die Kompetenz der Querschnittsfächer umfassend gegeben ist.

#### **ICD-10/ICD-O-Liste**

Die Kommission stimmt der aktualisierten Diagnosenliste (ICD-10/ICD-O-3) zur Primärfalldefinition zu.

#### **Matrix Ergebnisqualität**

Die Matrix wird von den Zentren sehr heterogen ausgefüllt, und die Daten sind bisher nicht verwertbar. Klinische Verlaufsdokumentation ist zudem Aufgabe der KFRG-Register, daher Streichung der Matrix Ergebnisqualität.

#### **Speicheldrüsentumore und -register**

Die Kommission befürwortet die Initiierung eines Speicheldrüsenregisters für die KHT-Zentren. Maligne Speicheldrüsentumoren sollen auf freiwilliger Basis in dem Modul der KHT-Zentren miterfasst werden und als Primärfälle zählbar sein. Ziel ist der Informationszugewinn für diese seltene Entität.

Berlin, 21.03.2018

Protokoll: Wesselmann, Mensah, Adam